

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ**  
**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**  
**МАГИСТЪРСКА ПРОГРАМА „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И ЗДРАВЕН**  
**МЕНИДЖМЪНТ”**



# **МАГИСТЪРСКА ТЕЗА**

на

д-р Александар Никола Серафимов

## **СЪВРЕМЕННИ МОДЕЛИ ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

Магистрант.....  
(д-р Александар Серафимов)  
Фак. № М 631

Научен ръководител : .....  
(Доц. Жасмин Павлова, дм)

София, 2009 г

**СЪДЪРЖАНИЕ :**

<b>ВЪВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>3</b>
<b>ГЛАВА I. Действащи модели за финансиране на здравеопазването в развитите страни.....</b>	<b>4</b>
<b>ГЛАВА II. Цел, задачи и методичен подход.....</b>	<b>36</b>
<b>ГЛАВА III. Критичен анализ на финансиране на здравеопазването в Република Македония.....</b>	<b>37</b>
<b>ПРЕПОРЪКИ И ИЗВОДИ.....</b>	<b>65</b>
<b>ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА .....</b>	<b>70</b>

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Една от най-сложните системи в социално - културната сфера е тази на здравеопазването. Сложността произтича от многообразните форми на здравните структури, на финансиране и отношения – пазарни и непазарни, регулации и дерегулации, икономически и административни, етични и неетични.

Системата на здравеопазването предоставя професионални услуги, насочени към опазване, възстановяване и укрепване на здравето на населението, с което влияе върху човешкия капитал, върху количеството и качеството на работното и свободното време, необходимо за производство на други блага за развитие на човека.

Здравеопазването е сложна система, която включва в себе си дейности по управление, финансиране и предоставяне на здравни услуги, целящо подобряване на здравния статус на населението на страната. Съвременната здравна система се базира на принципите на солидарността, правото на избор и ефективност при изразходване на ресурсите на системата и по своята същност има както социални, така и икономически характеристики. Ролята на държавата в здравеопазването в повечето страни все още е първостепенна, въпреки че тенденциите в света са към все по-голямо либерализиране на пазара на здравни услуги и въвеждане на конкуренция<sup>4</sup>.

В настоящият материал е направен преглед на съвременните модели за финансиране на здравеопазването, с техните предимства и недостатъци, в развитите страни и в Македония.

## ГЛАВА I. ДЕЙСТВАЩИ МОДЕЛИ ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В РАЗВИТИТЕ СТРАНИ

---

### **Финансиране на здравеопазването – основни понятия**

Финансиране на здравеопазването е съвкупност от начини на набиране, разпределение и изразходване на парични средства, необходими за възпроизводството на дейностите, свързани с укрепване, опазване и подобряване на здравето. В този смисъл финансирането на здравеопазването може да се разглежда като дейност, свързана с управление на необходимите за отделните здравни структури финансови средства и финансовите взаимоотношения между участниците в здравеопазния процес<sup>5</sup>.

То има три основни аспекта :

- набиране на финансови средства (източници, субекти и начини на плащане) ;
- разпределение на финансовите средства (географски, социално и организационно) ;
- изразходване на финансовите средства ( за какво : по видове дейности, по структура и икономически елементи и как : резултати/разходи и дейност/разходи).

Приоритет имат въпросите за справедливостта на разпределението и ефективността на изразходването на финансовите ресурси.

Източниците на финансиране на системата могат да са следните (обособени в две основни групи – публични и частни средства):

- Данъци
- Средства от системата за социално здравно осигуряване
- Средства от частни здравноосигурителни фондове
- Лични средства на гражданите

Най-често в системите на финансиране на системите се наблюдават комбинации между отделните източници в различни съотношения. Причината е, че държавата задължително запазва ролята си във финансирането на здравеопазването, дори и в ограничени размери при някои системи. Делът на всеки източник на финансиране дава представа за конкурентната структура на системата и дефинира основните видове модели на здравеопазване, които се прилагат в света.

Начините на финансиране на здравеопазването могат да се класифицират според доминиращия източник и формата на заплащане, според собствеността върху финансовите ресурси и др<sup>5</sup>.

### **Бюджетно (правителствено) финансиране**

Означава съвкупност од два относително самостоятелни индиректни начина на обществено финансиране, обикновено разглеждани в консолидиран вид – държавно (чрез държавния бюджет) и общинско (чрез общинските бюджети) финансиране. Делът на правителственото финансиране варира в зависимост от вида на здравната система и икономическата ѝ организация.

### **Здравно осигуряване**

Здравно осигуряване – фондово индиректно финансиране, при което се набират средства от осигурителни вноски за покриване на рискове от заболяване и други здравни проблеми. То бива социално (задължително) и доброволно (частно). Размерът на осигурителните вноски се определя най-често по три начина : като фиксирана сума ; като процент от брутното трудово възнаграждение и в зависимост от здравния риск.

### **Директно заплащане от консуматорите**

Директен начин на финансиране, при който потребителите заплащат изцяло или частично от собствените си доходи за ползване на здравни услуги, за лекарствени средства и други стоки със здравно предназначение.

В развитите страни делът на директно заплащане не надвишава 20 % от всички здравни разходи, докато в развиващите се страни достига 50 %.

### **Дарителство**

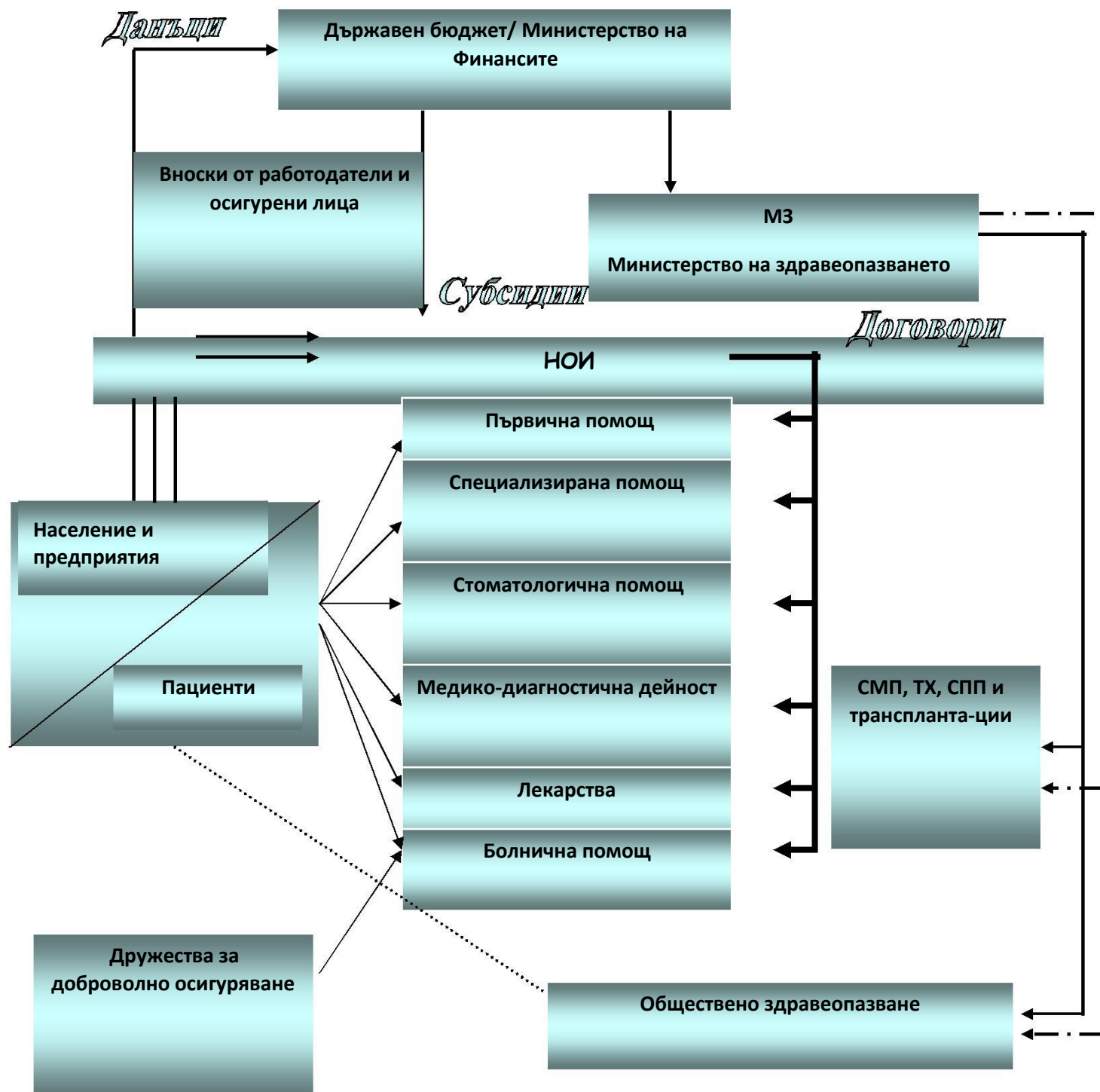
Дарителство – допълващ директен или индиректен начин на финансиране, чийто основен източник са доходи на фирми, нестопански организации и домакинства, предоставени на здравни организации.

Съществуват три различни форми на дарителство : корпоративно (спонсорство, материално подпомагане и предоставяне услуги на бизнеса); институционално (чрез фондации и други нестопански организации) и индивидуално дарителство.

### **Външно финансиране**

Външното финансиране – има за свои източници средства от други правителства, международни и чужди неправителствени организации и се реализира под формата на безвъзмездни дарения, хуманитарна помощ, кредитни линии, консултантски услуги и др.

В България например, се прилагат всички от посочените по-горе начини за финансиране (Фиг.1)



Фиг. 1 Финансиране на здравеопазването в България

### Преглед на съвременните модели за финансиране на здравеопазването

Краткият преглед на моделите на финансиране на здравеопазването в различните страни се основава на осем базисни критерия за ефективността на системите на финансиране<sup>6</sup>:

1. *Ценова адекватност*: в каква степен цената, която пациентът плаща за определена здравна услуга, отговаря на най-високата стойност за парите му.
2. *Социална солидарност*: дали системата дава възможност и на по-бедните да получат здравни грижи, които по качество не се различават от грижите за всички останали.
3. *Удовлетвореност и права на пациентите*: в каква позиция поставя системата пациента – силна или слаба.
4. *Качество на здравната услуга*: визира се мотивацията на доставчиците да предоставят висококачествени услуги на пациентите.
5. *Клинична автономия*: дали системата въздейства върху лекарите и обслужващият персонал с цел постигане на най-добра практика.
6. *Трети страни, които финансират процеса*: чии интереси обслужва включването на трета страна в процеса на финансиране на системата и какви рискове се поемат от нея.
7. *Адекватност към пациентите (responsiveness)*: дали с времето системата е доказала възможностите си да балансира интересите на пациентите и капацитета за обслужването им, доколко системата е обърната към пациента извън специфичните медицински грижи, които му предоставя.
8. *Фискална жизненост*: в каква степен е поносимо бремето върху държавния бюджет.



## ГЛАВА II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИЧЕН ПОДХОД

---

### А. ЦЕЛ НА ПРОУЧВАНЕТО

На базата на задълбочен анализ на опита на развитите страни да се предложи усъвършенстван модел за здравно осигуряване в Република Македония.

### Б. ЗАДАЧИ НА ПРОУЧВАНЕТО

1. Изясняване на ролята и мястото на моделирането в съвременния здравен мениджмънт.
2. Анализ на положителния опит на развитите страни в областта на здравното осигуряване.
3. Критичен анализ на действащия модел на здравно осигуряване в Р. Македония.
4. Разработване на усъвършенстван модел на здравно осигурителна система.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ Разработени и действащи модели на здравно осигуряване, техните предимства и недостатъци.

За целите на анализа са използвани:

- документален метод;
- ситуационен анализ;
- икономически анализи;
- сравнителен анализ.

### ГЛАВА III. КРИТИЧЕН АНАЛИЗ НА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЯ

---

#### **ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЯ<sup>20</sup>**

Здравеопазването в Социалистическа Република Македония (т.е. преди настъпването на демократичните промени в 1991 година) е било автономно и децентрализирано, медицинските услуги и финансирането са били контролирани и организирани на ниво на общината. Системата на здравеопазване била организирана в самостоятелни заедници със самоуправление : здравствените услуги били в собственост на 30-те общини и градът Скопие, а само големите проекти са били централно планирани и осъществявани. Системата първично била финансирана на общинско ниво, но съществувал и Фонд на централно ниво, който финансирал онези общини които не успявали да осигурят достатъчно средства за услугите от здравеопазването.

С оглед на това, че всяка община е развивала своите структури за даване на здравни услуги, децентрализираната система довела до фрагментация при даването на услугите и удвояване на броя, както на институциите, така и на услугите. На този начин са се появили различни единици, които са съдържали елементи на примарната, секундарната и терциалната защита. Влиянието на централната власт върху целият развой на здравеопазването на локално (общинско) ниво е било минорно заради независимостта, която общините са я имали.

За време на прехода възникнала потребност от по-централизирано планиране на здравеопазването. Министерството на здравеопазването бе основано в 1991 година именно с тази цел. *Закона за здравеопазването* е бил приет същата година и това дало началото на процесът на централизацията на финансирането и управлението, но с целта да се задържи автономията на здравните структури на локално ниво. Тъй като е имало недостатък на съответните ресурси, приоритет по отношение развитието на управлението на локално ниво е получило централното планиране на инфраструктурата. Основаването на *Фонда за здравно осигуряване*

(НЗОК) е било следващата стъпка за осигуряване на централното стратегическо и оперативно планиране.

Обаче, измененията на *Закона за здравеопазването* в 1995 година са акцентуирали нуждата от локално учестие в планирането на здравеопазването. Затова бе предложено основаване на управителни съвети в здравните институции. В тези съвети са участвали представители от работещите в здравните институции и представители назначени от Народното събрание на Република Македония.

С изменение на законодателството в областта на локалната самоуправа в 2004 година, общинската власт има правото да кандидира свои представители в управителните съвети в институциите работещи в примарната здравствена защита. Од 2005 година болниците започнаха да получават средства за техните годишни бюджети и по този начин директорите и управителните съвети се здобиха с по-голяма независимост.

Понататък, в болниците които имат сключено договор с *Фонда за здравно осигуряване* бяха поставени индикатори за успешност с цел да се подобри мониторинга. Зголемената автономия на здравеопазването в Македония, ще изисква адекватни регулаторни структури. Също така, здравните институции ще трябва да имат по-голяма автономия в планирането на човешките ресурси, т.е. да имат право да вработват нов или уволняват неадекватен персонал.

*Закона за локална самоуправление*, който бе приет в 2004 година, предвижда повече правомощия за общините, особено в областите на промовиране на здравето, профилактиката, професионалното и ментално здраве и създаване на здрава животна средина. За тази цел, Министерството за здравеопазване планира да стимулира локалните представители да превземат по-активна роля в анализа на проблемите, поставяне на приоритети и активностите за промоция на здравето.

Ъ  
В  
Р  
Е  
М  
Е  
Н  
Н  
И

М  
О  
Д  
Е  
Л  
И

З  
А

Ф  
И  
Н  
А  
Н  
С  
И  
Р  
А  
Н  
Е

Н  
А

З  
Д  
Р  
А  
В  
Е  
О  
П  
А  
З  
В  
А  
Н  
Е  
Т  
О

## **СИСТЕМАТА НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ В МАКЕДОНИЯ<sup>21</sup>**

Здравните услуги в Македония се оказват чрез системата на здравни институции. Тя е организирана на три нива : първично (примарно), вторично (секундарно) и третично (терциално). Все още остава да бъде разрешена функционалността помежду тези три нива. През последните години се забелязва значително увеличение на частният сектор, особено на примарно ниво. По-голяма част от стоматологичните кабинети са приватизирани и този процес по-късно се пренесе и на аптеките. Приоритетите на институциите които управляват с здравният сектор са : подобрене на здравните установи, реформи в политиките за човешки ресурси и регулиране на фармацевтичният сектор.

Оценка на управлението с здравните институции правят управителните съвети, които се състоят от седем (7) члена и това : трима (3) работещи в самата здравна институция и четирима (4) членове назначени от Правителството. В институциите от примарния сектор двама (2) от членовете на управителния съвет са представители на общината<sup>14</sup>. Директорите на здравствените институции са предложени от страна на съвета и са назначени от страна на министъра на здравеопазването. На повечето от тези места има чести промени, тъй като много от назначените лица нямат потрбните квалификации и способности. Всяка здравна институция има свой Статут който се усвоява от управителния съвет. Статута дефинира и регулира структурите и функциите и трябва да бъде одобрен от страна на Правителството.

Здравните институции подлежат на лицензиране, т.е. оценка на техната компатибилност с дефинираните стандарти за работните простории, апаратурата и персонала<sup>15</sup>.

Здравните услуги в Македония се оказват и от частни здравни организации, които работят в примарния сектор като примарни здравни клиники (обща медицина, стоматология). На лекарите които работят в общественият сектор им е позволено да работят в общински или частни здравни институции. Тук съществува възможност за конфликт на интереси.

## Примарна здравна защита<sup>8</sup>

В Македония първия контакт между пациента и здравната система се осъществява на примарно ниво, което е организирано под формата на здравни станции (в планинските райони, с постоянно присъствие на медицинска сестра и повременно посещение на лекар, обикновено по веднъж седмично), здравни клиники и центри (на общинско ниво, с постоянно присъствие на по-голям брой медицински сестри и лекари). Примарната здравна защита (с примарната дентална защита) се състои от пет (5) специалности :

- Обща медицина
- Трудова медицина
- Педиатрия (0 – 6 години)
- Училишна медицина (7 – 19 години)
- Здравна защита на жените (акушерство и гинекология)

Примарната здравна защита на общинско ниво включва и домашна визитация, аптеки, лаборатории, рентген и ехо кабинети, услуги за превенция на туберкулозата и дентална защита.

Общата медицинска практика се осъществява от страна на лекари с и без специалност, педиатри (за деца от 0 до 6 години), гинеколози и стоматолози. Според закона, лекарите са отговорни за следните услуги :

- Общи прегледи ;
- Предписване на рецепти ;
- Издаване на направления за специалисти ;
- Издаване на направления за болнично лечение ;
- Издаване на документ за привременна неработоспособност за период до 15 дни и от 16 дни ;

Понастоящем системата функционира добре в някои области (например имунизация и пренатална защита) и не толкова добре в други области (предписване

на много рецепти, голям брой направления, недостатъчна координация помежду различните нива на защита, недостатъчно внимание към менталното здраве).

#### Секундарна здравна защита

Секундарната здравна защита се оказва от страна на болниците. Съществуват два вида секундарна здравна защита : специалистично – консултативна, която съдържа прегледи от специалист и терапия и болничен престой. Тази система предвижда достъп до болнична защита чрез направления от страна на лекарите които работят в примарното здравно ниво. Спешните случаи се приемат без предварително направление, които след това се издават ретроспективно, защото спешната медицинска интервенция се оказва в рамките на примарната здравна защита.

#### Специалистично – консултативна здравна защита

Специалистично – консултативната здравна защита се оказва в поранешните медицински центри и в специализираните болници, институти, клиники. Услугите се състоят от диагноза, терапия и рехабилитация.

#### Болничен престой

Болниците оказват диагноза, терапия, рехабилитация, престой, защита и хранене и 24 - часово надглеждане от страна на лекар – специалист. Според закона, разходите за терапия на здравно осигурени пациенти се поемат чрез задължителното здравно осигуряване и чрез партиципация на пациентите. За третман в специализирани установи, като например гериятриските институции, пациентите трябва сами да поемат част от разходите, като например разходите за престой и храна.

#### Терциална здравна защита

Терциалната здравна защита се оказва в специализирани болници и институти. Освен оказването на секундарна здравна защита, всички институции от терциално ниво имат и наставно – научна и изследователска функция. Пристапът до

институциите от терциално ниво е възможно чрез направление от лекарите од примарната здравна защита.

## ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В МАКЕДОНИЯ

Главна система за финансиране<sup>16</sup>

Както се вижда на табелата по-долу 95 % от финансиите за здравеопазването идва от вноски по здравното осигуряване и/или от партиципация от пациентите. Половината идва от държавния бюджет (финансиране на промоция на здраве и здравна помощ за социалните случаи).

Табела 1 източници на финанси в здравеопазването (%)<sup>\*</sup>

Източници	2003	2004	2005	2006	2007	2008
НЗОК на Македонија	79.0	78.8	80.1	79.9	80.3	85.0
Държавен бюджет	3.2	3.6	3.0	3.1	3.3	3.5
Съвместно плащане	3.8	4.5	4.4	4.5	4.3	4.5
Плащане от пациенти (освен кофин.)	12.8	10.1	9.1	11.5	11.8	-
Други източници	1.2	3.0	3.4	1.0	3.0	-

*\* НЗОК на Република Македонија, 2008 г*

Задължителното здравно осигуряване е главния източник на приходи в системата на здравеопазването. Задължителното осигуряване покрива работещите в общественият и частен сектор, пенсионерите, студентите, инвалидите. Някои групи на граждани които не са покрити с осигуряването, например хора без гражданство и ползвателите на социални помощи са субсидирани от държавният бюджет.

Вноските за задължителното осигуряване за базовият пакет услуги са както следва :

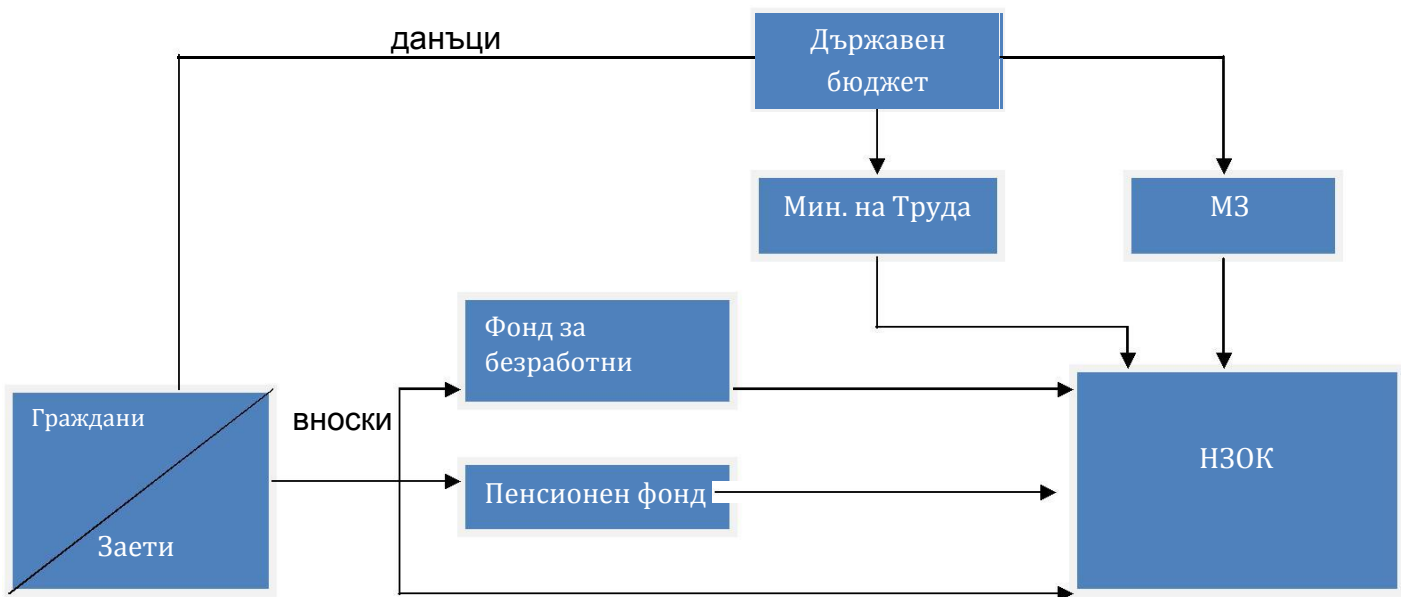


- Заетите в общественият и частният сектор внасят 9,2 % необлагаемата заплата ;
- Пенсионерите участват с 14.69 % от нето пенсията ;
- Земеделците и само – вработените внасят 8.6 % от минималната заплата ;
- Безработните, ветераните и инвалидите внасят 12.46 % националният основен индикатор. Този индикатор е в рамките на 70 % от минималната заплата (приета от Министерството на труда и социалната политика) или 65% от средната заплата (към 2009 година – 15 000 денари или 250 ЕУ)

Работодателите са задължени да имат персонални досиета на всички работещи за целите на здравното осигуряване, по-точно за евиденция от Института за разплащателните операции (ЗПП), през който парите се пренасочват към Фонда за здравно осигуряване.

Безработните косвено допринасят за Фонда, тъй като техните вноски идват от други държавни агенции. За ползвателите на пенсия, вноските се плащат от Пенсионния фонд. За безработните, вноските се плащат от Бюрото за работа. Обработката на задължителните удържки от такива организации, е под контрола на Института за разплащателните операции

Останалата част от осигурените, заетите и самостоятелно заетите лица плащат вноските за осигуряване чрез данъчно облагане върху заплатите. НЗОК събира 2% от приходите чрез лихви на фонда.



Фиг. 8 Схема на източниците на финанси на НЗОК на Македония

РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В МАКЕДОНИЈА На следващата табела са представени разходите за здравеопазване в няколко последователни години

Разходи	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Извънболнични здравни услуги	31.2	43.0	46.5	45.5	43.0	39.4
Болнични услуги (включително и стационарно лечение)	43.3	35.8	35.6	36.9	36.6	39.3
Стоматологично лечение	3.4	3.5	4.2	4.5	5.4	5.6
Медикаменти по позитивна листа на НЗОК	15.8	15.7	10.0	8.9	10.0	10.3
Други разходи по здравеопазването	3.9	0.3	0.3	0.2	1.5	0.4
Лечение в чужбина	0.3	0.2	0.9	1.1	1.8	2.2

## СЪВРЕМЕННИ МОДЕЛИ ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Инвестиции	-	0.7	1.6	2.5	0.2	0.7
Правителствени програми	2.1	0.8	0.9	0.4	1.5	2.1

*Табела 2 Разходи по здравеопазването (%), източник НЗОК на Македонија, 2009*

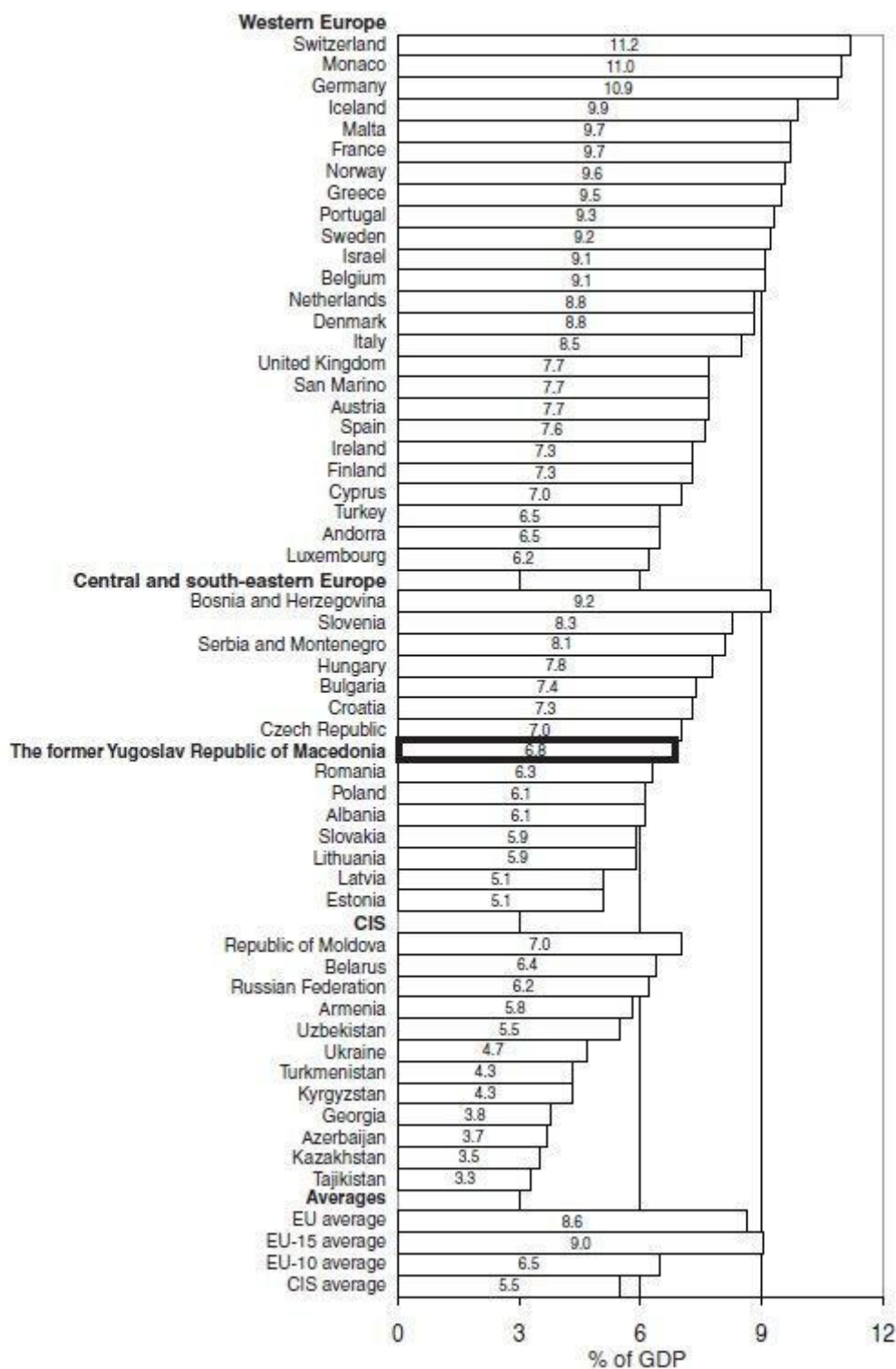
Според анализа на СЗО направен в 2002 година общите разходи за здравеопазването като процент от БВП за Македонија са в размер на 6,8 % за тази година. Това представлява значително по – ниска стойност от тази на повечето от другите бивши югославски страни (например, Босна и Херцеговина са изразходвани 9,2 %, Словения 8,3 %) и ЕС (8,6 %).

Данните за разходите за здравеопазване, както са записани от Службата за официални статистически данни представляват данните за разходите на НЗОК само. Поради липсата на информация и яснота относно частните разходи за здравеопазване, особено на плащанията в брой, целосен анализ на данни за разходите за здравеопазване са ограничени до данните за разходите на фонда.

На следващата табела са представени общите разходи за здравеопазване като % от БВП в Европейският регион на СЗО, за 2002 година.

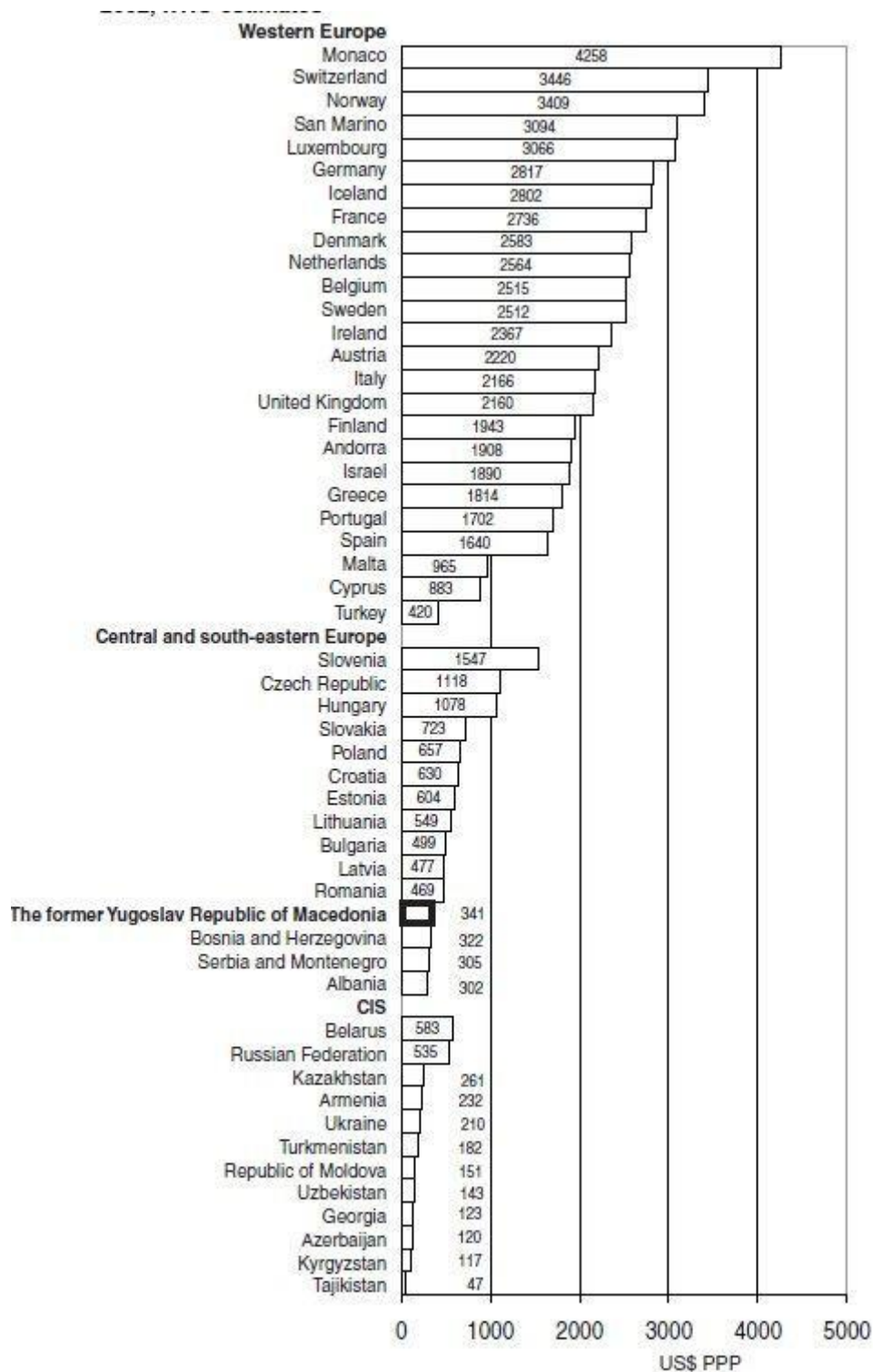
По данни на Министерството на здравеопазване на Република Македонија, общите разходи за здравеопазването като процент от БВП за 2009 година са 9,5%.

## СЪВРЕМЕННИ МОДЕЛИ ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО



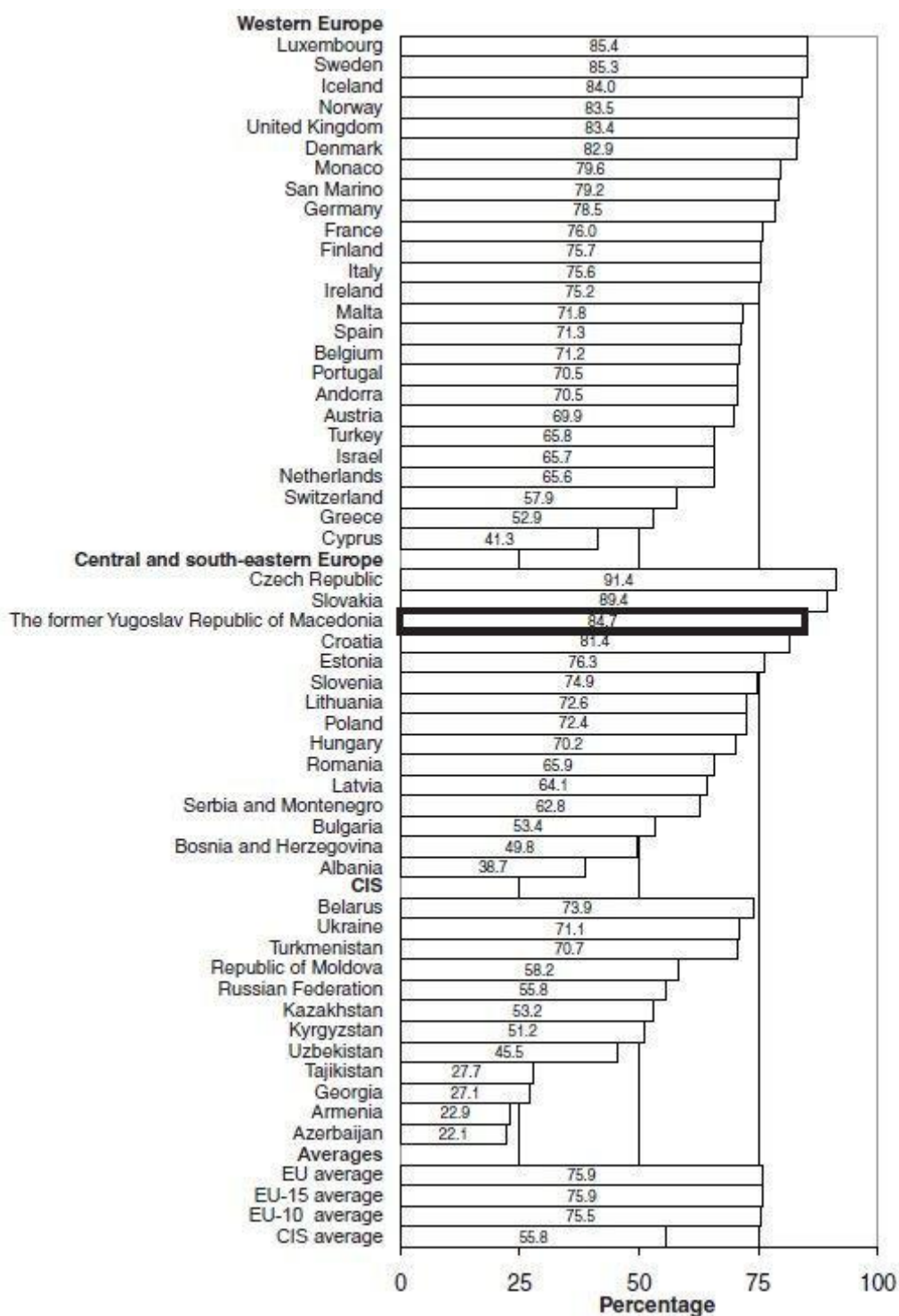
Табела 3 общите разходи за здравеопазване като % от БВП в Европейския регион на СЗО, за 2002 година, източник WHO, European Health for all – database, January 2006<sup>22</sup>

## СЪВРЕМЕННИ МОДЕЛИ ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО



**Табела 4. Разходи за здравеопазване в щатски долари на глава от населението в Европейския регион на СЗО, за 2002 година. Източник WHO, European Health for all – database, January 2006<sup>22</sup>**

## СЪВРЕМЕННИ МОДЕЛИ ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО



Табела 5. разходи за здравеопазване от публични източници като процент от общите разходи за здравеопазване в страни от Европейския регион на СЗО, 2002 година

Източник WHO, *European Health for all – database, January 2006*<sup>22</sup>

Ъ  
В  
Р  
Е  
М  
Е  
Н  
Н  
И

М  
О  
Д  
Е  
Л  
И

З  
А

Ф  
И  
Н  
А  
Н  
С  
И  
Р  
А  
Н  
Е

Н  
А

З  
Д  
Р  
А  
В  
Е  
О  
П  
А  
З  
В  
А  
Н  
Е  
Т  
О

## ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

---

### ИЗВОДИ

#### Към ГЛАВА I

Сравнителният анализ на литературни данни показва, че *не съществува идеален модел за финансиране на здравеопазването*. Всеки модел, действащ в отделните страни е изготвен съобразно конкретните социално - икономически условия.

Съществуват *пет основни модела за финансиране на здравеопазването* :  
Модел на пряко заплащане от потребителите; Модел на бюджетно финансиране; Модел на здравно осигуряване; Модел „Здравно-поддържаща организация”, Модел на здравно осигуряване с повишена персонална отговорност - модел Сингапур, като най-подходящи за македонските условия са първите четири модела, елементи от които могат да бъдат използвани при разработване на усъвършенстван модел за финансиране на здравеопазването.

#### Към ГЛАВА III

Република Македония има неконкурентна и високо централизирана система на задължително здравно осигуряване. Системата се финансира главно чрез вноски (57,3 %) от заетите лица, докато определен процент идва от Пенсионния фонд (21,7 %) и от Агенцията на заетостта (Бюро на заетостта) (12,6 %). Македония е една от страните на Балканите, която има изключително слаба икономия, с най – високи вноски за здравно осигуряване ( 9,2 %). Големината на вноската за осигуряване е в зависимост от *приходите* на осигуреният, а не от други много по – важни фактори като : възрастта, пола или големината на семейството. Големите вноски за здравеопазване (заедно с други разходи) представляват голям товар за работодателите и са главна причина за голямата официална безработица (40 %). Затова голяма част от работодателите не ги осигуряват техните работници и следователно има по – малко пари в НЗОК, от



една страна, а от друга работниците, на които не им се плаща здравно осигуряване, са осигурени на товар на Агенцията за заетостта, което допълнително източва държавния бюджет.

Върху всичко това се надовръзва и факта, че при оказване на медицинска помощ, осигурените и неосигурените граждани са изложени на допълнителни разходи, които според някои анализи на неправителствени организации са в рамките на 50% от общите разходи за здравеопазване.

С други думи, ако годишният бюджет за здравеопазване е например 240 млн. Евро, допълнителни 120 млн. евро идват и отиват в частни лица, заобикаляйки системата.

От тези неща, описани по – горе (включително и от лошата ситуация в икономиката) идва и хроничния дефицит на финанси в здравеопазването, който трябва да бъде преодолян чрез измени в настоящия модел на здравно осигуряване в Македония.

## **ПРЕПОРЪКИ**

Съществува нужда от повишаване на вноската за здравно осигуряване, конкурентност при оказването на здравна помощ, по – добро качество при оказване на същата и премахване на монопола на НЗОК.

Изключително важно е да се унапреди здравната система в Македония, а това може да се случи само чрез постепенно въвеждане на конкуренция, с цел разбиване на монопола на НЗОК.

Първоначално, НЗОК трябва да започне със сключването на договори с частните болници (както е случая с частните кабинети), в тези части в които не съществува монопол, с което на гражданите им се осигурява избор в лечението.

Тогава, НЗОК би имала по – голям контрол в работата на частният сектор в здравеопазването в Македония. Ако НЗОК започне да сключва договори с болничния частен сектор, това ще окаже стимулиращо действие за отваряне на

## СЪВРЕМЕННИ МОДЕЛИ ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

нови частни институции. Успоредно с тази инициатива, съществува нужда от либерализация, а не от допълнителна бюрокрация относно обществените поръчки с които се сблъскват държавните болници. Тази бюрокрация допринася и тези директори / мениджъри, които са отлични в работата си, да не могат равноправно да се “състезават” с техните колеги от частният сектор. С това постепенно би се изравнили условията помежду общественият и частният сектор.

## ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА :

---

1. Борисов В., Стратегически здравен мениджмънт - философия и практика, изд. "Филвест", 2006г.
2. . Воденичаров Ц., Гладилев Ст., Борисов В., Чамов К., Кръшков Д, Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване, Здравен мениджмънт, бр:2,
3. Воденичаров Ц., В.Борисов, Доброволно здравно осигуряване стратегия на избора. С.:М.И., "Арсо" 7 1999г.
4. Гладилев Ст., Е.Делчева, Здравна икономика, Варна, Princeps, 2000 г.
5. Гладилев Ст., Е. Делчева, Икономика на здравеопазването, Варна, Princeps 2003 г.
5. Давидов Б. "Модел за финансиране на системата за медицински услуги : философия и технология - сравнителен анализ", 3, 2003, №3, 44-49; №4, 22-26
6. Финансиране и управление на здравеопазването, теоретични основи, модели, проблеми и тенденции – Министерство за Финансите на Република България
7. Закон за здравно осигуряване на Република Македония, 2000 г
8. Закон за наплата на услуги во примарно здравство "Службен весник на Република Македонија" Бр. 48/01, 31/03. (Закон за плащания на услуги в примарното здравеопазване – ДВ на Р. Македония бр. 48/01)
9. Закон за наплата на услуги во примарна стоматолошка заштита "Службен весник на Република Македонија" Бр. 76/04 (Закон за плащания на услуги в примарната стоматологична заштита – ДВ. Бр. 76/04)
10. Закон за плаќање на услуги во фармација "Службен Весник на Република Македонија" Бр. 76/04. (Закон за плащания на услуги в фармацијата – ДВ бр. 76/04)

11. Закон за здравствена заштита - "Службен весник на Република Македонија "Бр. 38/91, 46/93, 55/95, 10/04, 84/05 (Закон за здравна заштита – ДВ бр. 38/91, 46/93, 55/95, 10/04, 84/05)
12. Закон за лекови, терапевтски препарати и медицинска опрема "Службен весник на Република Македонија " Бр. 21/98. (Закон за лекарства, терапевтични препарати и медицинска апаратура – ДВ бр. 21/98)
13. Министерство на финансиите на Република Македонија, Билтен 2005 г
14. Министерство за здравство – Информации за реформите во здравството, Влада на Република Македонија 2005, (Министерство на здравеопазување – информации за реформите в здравеопазување, Правительство на Република Македонија, 2005 г)
15. Министерство за здравство – Стратегија за лиценцирање и акредитација на докторите во Република Македонија, 2001/2 (Министерство на здравеопазување – стратегија за лиценцирање и акредитација на лекарите в Македонија, 2001/02)
16. Фонд за здравствено осигурување на Република Македонија – извештаи за работата на Фондот , 2000 – 2008 г. (НЗОК на Република Македонија – доклади за работата на НЗОК, 2000 – 2008 г).
17. Џозеф Куцин, Политика за финансирање на здравството: Водич за донесување на одлуки, СЗО, 2008 г (Джоузеф Куцин, Политика за финансирање на здравеопазување : пътеводител за вземане на решения, СЗО, 2008 г)
18. Abel – Smith, B. An Introduction to Health Policy, Planning and Financing. Longman, 1994.
19. Healthcare financing, Dr K. Balasubramaniam, National Workshop on Food and Health, June 27-28 2001, Consumers International Regional Office for Asia and the Pacific in collaboration with Cambodia NGO Alliance for Corporation

20. Healthcare systems in Transition, The Former Yugoslav Republic of Macedonia, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, 2000.
21. Ministry of Health - WHO Humanitarian Office - Skopje, Action Plan for Mental Health , 2001.
22. WHO Health For All Database, June 2006
23. [www.zdravstvo.org](http://www.zdravstvo.org)
24. [www.fzo.org.mk](http://www.fzo.org.mk)
25. <http://www.who.int/en/>